

L 6 U 337/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 980/15
Datum
25.11.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 337/16
Datum
18.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Beanspruchen Hinterbliebene Leistungen bei Tod des Versicherten, kann der Sozialleistungsträger nicht bindend über einen Versicherungsfall entscheiden.
 2. Ein Arbeitsunfall und die dabei erlittenen hirnganischen und sonstigen somatischen Verletzungen sind nicht wesentlich ursächlich für den Suizid des Versicherten, wenn eine gravierende psychische Vorerkrankung (Wirk-)Ursache war und der Hirnschaden nicht zu einer Wesensveränderung führte.
- Auf die Berufung der Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts R. vom 25. November 2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Witwenrente nach dem Tod ihres Ehemannes (Versicherter).

Der 1959 geborene Versicherte wurde am 6. Juni 2013 gegen 8:10 Uhr beim Parkplatz des Freibades in B., einem Stadtteil von R., am unteren Ende einer etwa 50 m hohen Felssteilwand eines stillgelegten Steinbruches aufgefunden. Zehn Minuten später wurde sein Tod durch Dr. K. unter anderem aufgrund der eingetretenen Totenstarre festgestellt, welcher den Verdacht auf einen Suizid äußerte. Der Versicherte war mit der Klägerin verheiratet, welche nach dem Schulabschluss keine Berufsausbildung absolvierte, aber mittlerweile als Homöopathin und Kinesiologin tätig ist. Aus der Ehe gingen zwei mittlerweile erwachsene Söhne hervor. Der Versicherte schloss die Schule mit der Fachhochschulreife ab. Eine Berufsausbildung zum Flugzeugmechaniker absolvierte er bei der Bundeswehr Anfang der 1980er-Jahre. Das Studium des Maschinenbaus beendete er 1987 als Dipl.-Ing. (FH), begleitend erwarb er die Zusatzqualifikation als Schweißfachingenieur. Nach beruflichen Tätigkeiten ab 1995 bei mehreren Rechtsvorgängerinnen der M. GmbH und Co. KG in D., einem Getriebe herstellenden Unternehmen (Arbeitgeberin), war er bei ihr ab Januar 2010 als Ingenieur beschäftigt. Zuletzt war er Bereichsleiter im Produktmanagement, Getriebe und Service, mit einer werktäglichen Arbeitszeit von acht Stunden. Der Vater des Versicherten war alkoholabhängig und verließ die Familie Anfang der 1970er-Jahre. Zur damaligen Zeit bezog sie staatliche Fürsorgeleistungen, weswegen sie in der Wohngemeinde ausgegrenzt war.

Der Versicherte erhielt, nachdem er seit 23. August 2011 arbeitsunfähig erkrankt war, Übergangsgeld vom 9. Februar bis 30. November 2012 wegen einer von der D. gewährten Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Klinik A. in B. ab 9. Februar 2012 und ob einer von dieser Sozialleistungsträgerin veranlassten beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme ab 2. April 2012.

Dr. S., Facharzt für Psychiatrie, hatte im August 2011 die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) gestellt, welche Dr. K., Facharzt für Innere Medizin und Hausarzt des Versicherten, aufgriff. Er habe angeführt, schon seit etwa eineinhalb Jahren einen Schwindel zu bemerken, welcher nach dem Urlaub an Intensität erheblich zugenommen habe. Trete er akut auf, komme es mittlerweile zu Herzklopfen, Angstgefühlen und Panikattacken.

Die Oberärztin Dr. S. der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. diagnostizierte nach der ambulanten Vorstellung des Versicherten Anfang September 2011 eine mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1). Der Versicherte habe berichtet, seit mehreren Wochen eine deutliche Verschlechterung seines psychischen Zustandes erlebt zu haben. Deswegen sei er bereits seit mehr als zwei Wochen arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Er habe das Gefühl gehabt, körperlich und geistig nur noch 20 % seines Energieniveaus zu haben. Das ihn beschäftigende Unternehmen habe drei Insolvenzen durchgemacht. Die Aufgabendichte

sei sehr hoch. Er leide an seinen eigenen hohen Ansprüchen. Eigentlich habe er sich in seiner gesamten beruflichen Laufbahn noch niemals krankgemeldet. Daneben bestünden familiäre Sorgen um einen seiner Söhne, der schon seit zwei Jahren nichts mehr mache, sondern in den Tag hinein lebe. Während der Zeit zu Hause sei dem Versicherten aufgefallen, dass er eigentlich weder Ressourcen habe noch Kraft schöpfen könne und eigentlich nicht wisse, was ihm wirklich Freude bereite. Denn er habe eigentlich immer viel, gern und engagiert gearbeitet. Aus der Familienanamnese sei zu entnehmen, dass der Bruder psychisch angeschlagen sei. Eine akute Suizidalität habe sich nicht gezeigt. Es sei besprochen worden, dass er durchaus mit Johanniskraut, Psychotherapie und einem strukturierten Alltag versuchen könne, ob sich sein Zustand hierdurch ausreichend bessern lasse; falls nicht, solle gegebenenfalls die Gabe eines schlafanstoßenden Antidepressivums wie Mirtazapin erwogen werden. Gegebenenfalls sei eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Nach dem dortigen stationären Aufenthalt des Versicherten vom 20. Oktober bis 15. Dezember 2011 stellte Dr. S. eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine latente Hyperthyreose (ICD-10 E05.8), ein dyshydrotisches Ekzem der Hände (ICD-10 L30.1) einen atrioventrikulären (AV-)Block I. Grades (ICD-10 I44.0) und ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) fest. In Begleitung der Klägerin sei er zur elektiven stationären Aufnahme gekommen und habe berichtet, zu Hause nicht mehr weiterzukommen. Er sei unselbstständig, könne keine Ordnung mehr halten und wache nachts von Ängsten geplagt auf. Angeführt worden sei, dass er viel grübele, sich erschöpft fühle und ausgemergelt sei. Er sei nun mittlerweile seit knapp zehn Wochen arbeitsunfähig. Panikattacken seien zuletzt nicht mehr aufgetreten, jedoch eine diffuse Dauerangst. Er leide vor allem unter einer gedrückten Stimmung, einem Interessensverlust, einer Antriebsschwäche und einer Kraftlosigkeit. Affektiv sei er wie erstarrt. Er habe kaum noch Selbstvertrauen und könne sich immer schlechter konzentrieren. Er mache sich Sorgen um die Zukunft. Neben einem verminderten Appetit leide er an Durchschlafstörungen. In den letzten Wochen seien unkonkrete Suizidgedanken aufgetreten. In der Vergangenheit habe er noch nie psychische Beschwerden gehabt, es seien keine Überlegungen an einen Freitod aufgekommen. Die Stimmung sei deutlich gedrückt und der Antrieb reduziert gewesen. Affektiv sei der Versicherte kaum schwingungsfähig gewesen. Ein Anhalt für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung habe nicht bestanden. Auf Nachfrage sei akute Suizidalität klar und glaubhaft verneint worden. Medikamentös habe er bislang nur homöopathische Mittel eingenommen, in den letzten zehn Wochen dreimal täglich fünf Tropfen eines Johanniskrautpräparates. Auf sonstige Arzneien habe er nicht zurückgegriffen. Nach dem Erstkontakt sei er unmittelbar in der Station 14, einer offenen Psychotherapiestation, aufgenommen worden. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen seien die auslösenden Belastungsfaktoren, welche an dem Zustandekommen des psychischen Zusammenbruches beteiligt gewesen seien, diskutiert worden. Als Hauptursachen seien ein sehr hoher Leistungsanspruch bei perfektionistischen Zügen und ein ausgeprägtes Ich-Ideal ausgemacht worden. Durch die zunehmende Belastung bei der Arbeit und dem subjektiven Eindruck, den Leistungserwartungen nicht mehr zu entsprechen, sowie den aufgetretenen Konflikten mit seinen Söhnen, welche seinen Anforderungen nicht nachfolgten, dürfte sich schließlich der schwere depressive Zusammenbruch mit einem ausgeprägten psychovegetativen Erschöpfungszustand entwickelt haben. Die Medikation bei der Entlassung, welche in einem deutlich stabilisierten Zustand ohne Anhalt für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgt sei, habe aus Venlafaxin, 75 mg (1-0-0) und Mirtazapin, 15 mg (0-0-0-1) bestanden. Prof. Dr. B., Stellvertretender Ärztlicher Direktor dieser Klinik, berichtete über einen Fahreignungstest, der noch während des stationären Aufenthaltes durchgeführt worden sei. Die Wahrnehmungsleistungen seien durchschnittlich gewesen. Der Mehrfachreiz und -reaktionsversuch sei mit einem Prozentrang von 51 durchschnittlich gewesen. Derjenige für die Aufmerksamkeit und Konzentration habe zwischen 64 und 69 gelegen. Weitere neurokognitive Tests seien mangels Notwendigkeit nicht durchgeführt worden.

Priv.-Doz. Dr. D., Ärztlicher Direktor der Klinik A., diagnostizierte nach dem stationären Aufenthalt vom 9. Februar bis 21. März 2012 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), sonstige somatoforme Störungen (ICD-10 F45.8), ein chronisch-rezidivierendes Lendenwirbelsäulensyndrom (ICD-10 M54.10), ein Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) und eine latente Hyperthyreose (ICD-10 E05.8). Die stationäre psychosomatische Behandlung sei auf Initiative des Hausarztes erfolgt. Sie sei als notwendig unterstützende Maßnahme zur Rückkehr ins Arbeitsleben befürwortet worden. Eine der Einweisungsdiagnosen sei eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) gewesen. Als psychosomatische Haupterkrankungen seien ein Burnout-Syndrom und Depressionen benannt worden. Diese seien ärztlich therapeutisch als mittel- bis schwergradige depressive Verstimmung mit psychovegetativem Erschöpfungszustand festgestellt worden. In deren Zusammenhang habe der Versicherte eine gedrückte Stimmung, eine körperliche und psychische Erschöpfung, Stress und eine gefühlte Überforderung, Schlaflosigkeit, Unterleibsschmerzen sowie gerötete und offene Handinnenflächen angeführt. Mit der Zeit seien starke Angstzustände und Schwindelattacken sowie daraus resultierend ein Vermeidungsverhalten und ein Rückzug hinzugekommen. Die Beschwerden seien erstmals etwa 2010 im Zusammenhang mit einer anhaltend hohen beruflichen Belastung und familiären Konflikten aufgekommen. Sie hätten sich bis August 2011 zunehmend vertieft. Ab diesem Zeitpunkt habe sich der Versicherte in Behandlung begeben, wodurch sich die Angstzustände gebessert hätten. Er habe Dr. K. und Dr. S. aufgesucht. Im September und Oktober 2011 habe eine Gesprächstherapie bei der Dipl.-Psychologin W. stattgefunden. Ein stationärer Aufenthalt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. habe sich angeschlossen. Für Suizidalität oder Suizidversuche hätten anamnestisch keine Hinweise gefunden werden können. Ein psychotisches Erleben habe danach ebenfalls nicht vorgelegen. Der Gewichtsverlauf habe konstant bei etwa 70 kg gelegen. Der Versicherte habe vermehrtes Schwitzen seit 2011 angeführt. Der Schlaf sei unter regelmäßigem Gebrauch des Präparats Remergil, 15 mg als normal beschrieben worden. Die Sexualität habe seit mehreren Jahren nachgelassen. Fremdanamnestische Angaben seien entbehrlich gewesen. Die laufende Medikation habe aus Trevilor, 75 mg (1-0-0) und Remergil, 15 mg (0-0-1/2), jeweils seit Oktober 2011, bestanden. Der Versicherte habe affektiv angepasst gewirkt. Die Schwingungsfähigkeit sei weitgehend erhalten gewesen. Psychomotorisch sei er angespannt und sein Antrieb leicht gesteigert gewesen. In Absprache mit der Arbeitgeberin sei ein neuer Stufenplan für eine Wiedereingliederung ab 2. April 2012 erstellt worden.

Mitte März 2012 war bei der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan) beantragt worden, mit einer Staffelung von drei Stunden im April, von vier Stunden im Mai, von fünf Stunden im Juni und von sechs Stunden im Juli 2012. Gegen Ende wurde die Verlängerung begehrt, mit sechs Stunden im August und sieben Stunden im September 2012. Dr. K. ging ab der Folgezeit von einer Wiedereingliederung als Bereichsleiter in vollem Umfang aus. Ende September 2012 wurde der Stufenplan mit sechs Stunden im Oktober und sieben Stunden im November 2012 verfolgt. Dr. K. ging von der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit ab dem Folgemonat aus. Anfang Dezember 2012 legte dieser einen weiteren Stufenplan für diesen Monat mit sieben Stunden vor, wobei die volle Arbeitsfähigkeit nun für den Beginn des Folgejahres prognostiziert wurde.

Am 30. November 2012 war der Versicherte gegen 8:45 Uhr im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme auf dem Weg zu seiner Arbeitsstelle. Auf der Landstraße (L) 1208 fuhr er von der K. bergab nach D ... Kurz vor der Abzweigung zu den Sportanlagen und der Eckbergkreuzung kam der von ihm gelenkte Personenkraftwagen (Pkw) auf der nassen Fahrbahn nach links von der Straße ab. Das Auto rutschte in den Graben, überschlug sich und blieb auf dem Dach liegen. Der Versicherte wurde mit dem Notarztwagen in die

Berufsgenossenschaftliche (BG-)Unfallklinik T. gebracht.

Prof. Dr. R., Ärztlicher Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums T. diagnostizierte nach dem stationären Aufenthalt des Versicherten vom 30. November bis 6. Dezember 2012 ein Polytrauma einschließlich eines leichten offenen Schädel-Hirn-Traumas mit einem initialen Glasgow Coma Score, kurz GCS, von 15 nach einem Verkehrsunfall, bei dem sich der Pkw des Klägers mehrfach überschlagen habe. Es seien eine Contusio cerebri, eine imprimierte Frontobasis- und Orbitadachfraktur sowie ein Bruch der lateralen und medialen Orbitawand rechts, eine Kontusionsblutung frontotemporal rechts, eine Jochbein- und Keilbeinfraktur rechts, ein Bandscheibenprolaps mit Einengung des Spinalkanals von C5/6, eine Fraktur des Processus articularis superior im Segment C6 mit Beteiligung des Facettengelenkes, ausgeprägte Verletzungen der Ligamenta interspinalia multisegmental im Bereich der Halswirbelsäule, eine dislozierte Fraktur des Os metacarpale V links, ein stumpfes Thoraxtrauma mit kleinem Pneumothorax rechts, Lungenkontusionen am rechten Oberlappen, Frakturen der ersten und zehnten Rippe rechts, eine Querfortsatzfraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers, ein stumpfes Abdominaltrauma mit einem retroperitonealen Hämatom mit räumlicher Nähe zur Mesenterialwurzel, eine Lungenarterienembolie im Bereich der Unterlappen beidseits bei einer Thrombose der Vena femoralis rechts und einer Implantation eines Cavaschirmes, eine protrahierte Entwöhnung von der Beatmung und Sedierung bei einem agitierten Aufwachverhalten mit dem Verdacht auf ein agitiertes Delir sowie eine bipolare Störung, fertiggestellt worden. Hinsichtlich Letzterer habe der Zustand nach drei manischen Episoden 2012 bestanden. Der Kläger sei durch einen Reifendefekt mit seinem Kraftfahrzeug (Kfz) von der Fahrbahn abgekommen. Er sei angeschnallt gewesen. Die Airbags seien aktiviert worden. Eine Bewusstlosigkeit habe nicht vorgelegen. Er habe sich selbst aus dem Auto befreit. Die Vormedikation habe aus Mirtazapin, 15 mg und Venlafaxin, 75 mg bestanden. Im weiteren stationären Verlauf habe sich zunächst nach der Reduktion der Sedierung ein unkoordiniertes und agitiertes sowie von vegetativen Stressphasen gekennzeichnetes Aufwachverhalten gezeigt, sodass eine weiter abschirmende Therapie mit Clonidin und Morphin begonnen worden sei. Unter dieser Maßnahme hätten die Stressphasen im Wesentlichen kupt und die Entwöhnung von der Beatmung vorangetrieben werden können. Fremdanamnestic sei über die Klägerin zu erfahren gewesen, dass beim Versicherten eine bipolare Störung vorgelegen habe, welche zuvor mit einer Kombination aus Mirtazapin und Venlafaxin behandelt worden sei. Beide hätten sich aber dafür entschieden, diese Medikation auszuschleichen.

Prof. Dr. R., Ärztlicher Direktor der Klinik und P. für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der BG-Unfallklinik T., führte über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 6. Dezember 2012 bis 2. Januar 2013 aus, zum Zeitpunkt der Entlassung habe ein Betreuungsverhältnis für den Versicherten bestanden. Als Betreuerin sei die Klägerin eingesetzt gewesen.

Prof. Dr. D., Ärztlicher Leiter der Neurorehabilitation, und der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G., Kliniken S. K., berichteten über die stationäre Rehabilitation des Klägers ab 2. Januar 2013, die im Arztbrief aufgeführte bipolare Störung sei vom Versicherten nicht erwähnt worden. Er habe angegeben, wegen eines Burnout-Syndroms seit August 2011 krankgeschrieben gewesen zu sein. Zum Zeitpunkt der Aufnahme und die erste Woche des Aufenthaltes habe der Versicherte signalisiert, sich körperlich noch extrem müde zu fühlen sowie wenig belastbar und sehr schnell erschöpft zu sein. Sein Gedächtnis habe seit dem Unfall nach eigenen Angaben sehr stark gelitten. Die rechte Gesichtshälfte habe sich noch deutlich schmerzhaft geschwollen angefühlt. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. führte Anfang Januar 2013 zudem aus, als vom letzten Unfall unabhängige Erkrankungen liege eine bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F31.9) vor. Über den gesamten stationären Aufenthalt des Versicherten bis 12. Februar 2013 gab er wieder, seine rechte Gesichtshälfte habe sich nach seinen Angaben noch deutlich schmerzhaft geschwollen angefühlt. Insgesamt sei er körperlich noch wenig belastbar und sehr schnell erschöpft gewesen. Das Gedächtnis habe sehr stark gelitten. Er habe deutliche Konzentrations- und Merkfähigkeitsdefizite angeführt. Die im Arztbrief erwähnte bipolare Störung sei von ihm nicht angesprochen worden. Während des Klinikaufenthaltes habe er deutliche Fortschritte erzielt. Anfang Februar 2013 ging der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. davon aus, mittel- bis längerfristig werde der Versicherte seiner Tätigkeit als Maschinenbauingenieur mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder nachgehen können. Voraussetzung hierfür seien allerdings noch gezielte krankengymnastische, ergotherapeutische und neuropsychologische Betreuungen. Ab dem 2. Januar 2013 zahlte die Beklagte dem Versicherten Verletztengeld.

Auf Nachfrage hatte die Arbeitgeberin im Dezember 2012 mitgeteilt, aufgrund einer Krankheit habe seit Oktober 2011 eine Wiedereingliederungsmaßnahme stattgefunden. Diese habe am Unfalltag enden sollen. Im selben Monat teilte sie weiter mit, eine genaue Uhrzeit zur Arbeitsaufnahme sei nicht vereinbart worden, weil der Versicherte außertariflich angestellt gewesen sei. Er habe sich die Arbeitszeit frei einteilen können. Die Klägerin gab im gleichen Zeitraum an, der Arbeitsbeginn habe um 9:30 Uhr erfolgen sollen. Der gewöhnliche Arbeitsweg betrage etwa 30 km, wofür der Versicherte etwa 45 Minuten benötige. Die Beklagte zog von der T., wo der Versicherte gegen Krankheit gesetzlich versichert war, das Leistungsverzeichnis von Januar 2013 bei. Daraus ergab sich eine angeblich von Dr. B., Facharzt für Innere Medizin und Praxiskollege von Dr. K., diagnostizierte Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), weswegen ab 23. August 2011 Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Herbst 2011 sei der Kläger stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. aufgenommen worden. Diagnostiziert worden sei unter anderem eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Er habe Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung angeführt. Während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik A. Anfang 2012 sei eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) diagnostiziert worden.

Dr. G., Neuropsychologe des Institutes für Reha-Management E. in S., erwähnte in einem Gespräch mit der Beklagten im März 2013, der Fall sei wegen der psychischen Vorerkrankung sehr komplex und schwierig. Es stelle sich die Frage, ob die Wiedereingliederung ohne den Unfall tatsächlich erfolgreich verlaufen wäre.

Am 12. März 2013 meldete sich die Klägerin telefonisch bei der Beklagten. Es bestehe akute Suizidgefahr. Dr. G. sei daher auf dem Weg zum Versicherten, um ihn von einer stationären psychiatrischen Behandlung zu überzeugen. Diesem gelang es schließlich, dass er sich freiwillig in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. begeben habe. Er habe Selbsttötungsgedanken und die Vermutung geäußert, dass sein Körper nicht mehr so werde wie früher. Er habe große Angst gehabt. Die Klägerin habe nicht gewusst, was der akute Auslöser gewesen sei. Möglicherweise sei es der Umstand gewesen, dass einer seiner Söhne am Freitag zuvor für ein halbes Jahr nach Südafrika geflogen sei. Die Klägerin habe den Eindruck gehabt, dass die Angst anders gewesen sei als früher. Möglicherweise sei das verordnete Medikament nicht mehr ausreichend gewesen. Der Versicherte habe am Tag zuvor von einer Felskante springen wollen, wobei er sie habe mit hinunterziehen wollen, damit sie loslasse. Sie habe ihn schließlich davon abbringen können, weil sie gesagt habe, sie wolle noch nicht sterben.

Prof. Dr. S., Oberarzt der Abteilung für Augenheilkunde des Universitätsklinikums T., führte nach der ambulanten Untersuchung des Versicherten Anfang März 2013 aus, er habe berichtet, im Alltag erfreulicherweise gut zurechtzukommen.

Nach einem Vermerk der Beklagten habe ihr die Klägerin am 8. April 2013 telefonisch mitgeteilt, der Versicherte habe sich insgesamt psychisch noch nicht stabilisieren können. Am Samstag sei ein guter Tag gewesen, am Folgetag sei es ihm wieder ganz schlecht gegangen. Über das Wochenende sei er nach Hause entlassen worden. Es sei ihm ein Graus gewesen, wieder in die Psychiatrie nach T. gehen zu müssen. Mit ihm sei eine Verhaltenstherapie durchgeführt worden, die ihrer Meinung nach nicht viel geholfen habe. Er habe keine positiven Gefühle erhalten. Sie habe den Eindruck gehabt, dass der Versicherte mit Medikamenten so ruhiggestellt werde, dass ihm schlicht der Antrieb fehle, sich etwas anzutun. Sie habe weiter geäußert, er sei möglicherweise in der Therapie und den Arztgesprächen nicht ehrlich. Die Beschwerden hätten nicht nachgelassen, gleichwohl äußere er immer, dass es ihm vielleicht ein bisschen besser gehe. Neben der bereits vor dem Unfall bestehenden Depression und den Versagensängsten sei eine erhebliche Angst hinzugekommen.

Über ein Gespräch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. am 30. April 2013, bei welchem die Klägerin, der Versicherte, Dr. M., Ärztin für Psychiatrie, und Dr. G. anwesend waren, wurde festgehalten, Dr. M. habe mitgeteilt, bei dem Versicherten lägen verschiedene Problemfelder vor. Er leide an einer bipolaren Störung, einer Depression, an generalisierten Ängsten, an Persönlichkeitskomponenten wie einem hohen Leistungsanspruch an sich und einer Störung der Körperwahrnehmung. Zudem liege ein kognitives Defizit nach dem Schädel-Hirn-Trauma vor. Er befinde sich derzeit auf der offenen Station der Psychiatrie. Er habe in Bezug auf eine Suizidalität nochmals einen Rückschlag erfahren. Die Medikation zur Stabilisierung der Stimmung müsse noch optimal eingestellt werden, was aber Zeit benötige. Die beklagten Beschwerden seien mit den tatsächlichen Einschränkungen nicht in Einklang zu bringen und daher eher auf das gestörte Körperempfinden zurückzuführen. Es seien ähnliche neurokognitive Testverfahren wie in den Kliniken S. K. durchgeführt worden. Eine Besserung der kognitiven Beeinträchtigung sei nicht nachgewiesen worden. Fraglich sei jedoch, ob dies von der Antriebsstörung als Ausfluss der Depression komme oder durch die unfallbedingte Minderung der Belastbarkeit herbeigeführt worden sei. Möglicherweise sei die Depression durch den Unfall reaktiviert worden. Dr. M. habe geäußert, neben der Einstellung der Medikamente sei eine Alltagserprobung notwendig und der Versicherte müsse Bewältigungsstrategien entwickeln. Dieser habe mitgeteilt, eine große Perspektivlosigkeit zu verspüren. Sein Leben sei nicht lebenswert. Er fühle sich vom Kopf her nicht leistungsfähig. Es gebe Tage, an denen er lebensmüde sei. Der mangelnde Antrieb und die fehlende Kraft hätten ihm ein sehr defizitäres Gefühl im Alltag gegeben. Er habe Angst vor Rückfällen und keinen Ansporn gehabt, die ihm gestellten Aufgaben zu lösen. Dass er nochmals in der Psychiatrie sei und einen neuen Anlauf brauche, habe ihn frustriert. Er habe geäußert, sich immer weniger vorstellen zu können, wieder zu Hause zu sein und die Therapie, wie ursprünglich geplant, fortzusetzen. Dr. G. habe im Nachgespräch kundgetan, aufgrund der Vorerkrankungen könne nur eine niederschwellige neurokognitive Therapie erfolgen. Dies werde vom Versicherten jedoch wahrgenommen, sodass zu befürchten sei, dass die notwendige Akzeptanz nicht vorhanden sein werde.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte Prof. Dr. B. Mitte Mai 2013 mit, der Versicherte leide gegenwärtig an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome im Rahmen einer vorbekannten bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F31.4). Derzeit stehe die schwere depressive Störung mit Freudlosigkeit, Interessensverlust, massiver Antriebsstörung, Suizidgedanken, Schlafstörungen, Grübelneigung, Morgentiefe und sozialem Rückzug im Vordergrund. Im Verlauf der Behandlungswochen hätten sich intermittierend hypomane Episoden gezeigt, sodass von einem Rapid Cycling bei bekannter bipolarer Erkrankung auszugehen sei. Bei dem Versicherten habe bereits vor dem Autounfall eine depressive Störung vorgelegen. Durch dieses schwere Trauma, welches massive körperliche Einschränkungen für ihn mit sich gebracht habe, sei die Symptomatik erneut massiv verschlechtert worden. Wegen der Verletzungen im Bereich des Gesichtes und der Schulter sei der Versicherte extrem und anhaltend auf seine körperlichen Einschränkungen fixiert gewesen, was mit einer erheblich negativen Selbstbewertung und geringen Selbstakzeptanz einhergegangen sei. Hierunter habe sich die Depressivität zunehmend verschlechtert. Die depressive Symptomatik erschwere eine Differenzierung zwischen den durch die Contusio cerebri entstandenen und den durch die Depression bedingten neurokognitiven Störungen, welche bei der jeweiligen Anamnese in dieser Ausprägung bei früheren depressiven Episoden beschrieben worden seien. Im Vordergrund der derzeitigen Behandlung stehe eine ausgeprägte Antriebsstörung des Versicherten, die vor allem in einer massiven Hoffnungslosigkeit begründet sei. Außerdem sei er schwer durch seine kognitiven Einschränkungen belastet und mache sich große Sorgen über seine berufliche Zukunft.

Dr. G. berichtete Anfang Juni 2013, als Vorerkrankung liege eine bipolare Störung vor. Es handele sich um den Zustand nach drei manischen Episoden 2012. Am 5. März 2013 seien im Rahmen des Erstkontaktes bei dem Versicherten zu Hause eine ausführliche psychologische Anamneseehebung und eine erste informelle Einschätzung des neuropsychologischen Status erfolgt. Der Versicherte und die Klägerin hätten bereits bei diesem Erstgespräch über eine vorbestehende bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.4) berichtet. Am 11. März 2013 habe sich der Versicherte aufgrund einer akuten psychischen Dekompensation das Leben nehmen wollen, was von der Klägerin im letzten Moment habe verhindert werden können. Der Versicherte habe sich von einem Felsvorsprung stürzen wollen. Im Rahmen eines mehrstündigen Kriseninterventionsgespräches habe der Versicherte überzeugt werden können, sich noch am selben Tag freiwillig in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. einweisen zu lassen. Seitdem befinde er sich dort in psychiatrischer Behandlung.

Am 4. Juni 2013 führte die Beklagte mit der Klägerin und Dr. M. Telefonate, bei denen Erstere äußerte, aus ihrer Sicht sei der Zustand des Versicherten unverändert depressiv und immer gleich. Sie wolle die Verantwortung, ihn nachts zu Hause zu haben, nicht tragen und habe Angst, er könne sich wieder etwas antun. Im Rahmen einer stationären Behandlung könne er sich zumindest auf sein Zimmer zurückziehen. Dr. M. tat kund, nach ihrer Erhebung und dem Bericht von Dr. G. sei die Behandlung vordergründig psychosomatisch bedingt und stehe nicht im Zusammenhang mit dem Unfall. Es sei zu klären, ob überhaupt noch kognitive Beeinträchtigungen, welche organischer Natur seien, auf den Unfall zurückzuführen seien.

Nach der von der Beklagten infolge des Todes des Versicherten beigezogenen Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft T. habe sich sein Gemütszustand Ende Februar/Anfang März 2013 verschlechtert. Am 11. März 2013 habe ihn die Klägerin von einem Suizidversuch am selben Ort, wo er sich später das Leben genommen habe, abgehalten. Daraufhin habe sich dieser freiwillig in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. begeben. Am 5. Juni 2013 habe er zwischen 8 und 9 Uhr die Klinik verlassen und im Hauptbahnhof T. um 10:07 Uhr eine Zugfahrkarte nach R. gelöst. Um 10:31 Uhr habe er mit seinem Handy mit der Klägerin telefoniert. Den Suizid habe er ihr gegenüber nicht angekündigt. Hinweise auf ein suizidales Verhalten habe es auch sonst nicht gegeben. Der Versicherte sei durch den Streifendienst R. im Gebüsch neben dem Parkplatz des Freibades leblos aufgefunden worden. In der linken Hosentasche sei

ein gelber Zettel mit einer handschriftlichen Notiz gefunden worden: "Das ich manche Dinge noch nicht kann, bzw. mich nicht traue, daran ist die Krankheit schuld, nicht ich!!".

Am 6. Juni 2013 gegen 9:30 Uhr wurde der Klägerin von Kriminalhauptkommissar H. die Todesnachricht überbracht, woraufhin sie äußerte, der Versicherte habe an Depressionen gelitten, etwa seit August 2012. Er sei geistig und körperlich erschöpft gewesen und habe ein Burnout-Syndrom gehabt. Er sei deshalb auch längere Zeit krankgeschrieben gewesen. Ab April 2012 habe er in seinem Betrieb eine Wiedereingliederung begonnen und nur stundenweise gearbeitet. Ab Januar 2013 sei er wieder voll beschäftigt gewesen. Den letzten Kontakt mit ihm habe sie gestern, etwa um 10:30 Uhr, gehabt. Er habe sich gut angehört und zu ihr gesagt, dass er jetzt in die Stadt gehe, um eine Blume zu kaufen. Sie habe den Eindruck gehabt, dass er einfach gut drauf gewesen sei. Es sei allerdings nur ein kurzes Gespräch gewesen. Am Abend zuvor habe sie ebenfalls mit ihm telefoniert. Es habe bei beiden Telefonaten keinen Hinweis darauf gegeben, dass er sich etwas antun könne.

Polizeihauptmeister S. vernahm Prof. Dr. B. als Zeugen. Der Versicherte habe sich ab 11. März 2013 durchgehend stationär in der Klinik aufgehalten. An verschiedenen Wochenenden sei er von Samstagmittag bis Sonntagabend beurlaubt gewesen. Tagsüber habe er normalen Ausgang gehabt. Am Tag vor seinem Tod habe er sich in der dafür vorgesehenen Liste nicht ausgetragen. Zwischen 8 und 9 Uhr habe er ihn gesehen. Er habe auf ihn einen normalen Eindruck gemacht und ihn noch freundlich begrüßt. Sein Zimmer sei nach einem Hinweis auf Suizidgedanken und einem Abschiedsbrief überprüft worden. Es sei nichts gefunden worden.

Am 21. Juni 2013 rief die Klägerin bei der Beklagten an und beantragte die Gewährung einer Witwenrente.

Dr. K. teilte auf Nachfrage der beklagten Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung im August 2013 mit, es sei eine rezidivierende mittelgradige bis schwere depressive Erkrankung diagnostiziert worden. Dr. S. berichtete im Oktober 2013, der Versicherte habe ihn erstmals Ende Juli 2011 wegen einer Antriebslosigkeit, Schläppheit, nächtlichen panikartigen Attacken mit Herzklopfen und Schwindel aufgesucht. Er habe eine ängstlich-depressive Störung und eine Panikstörung diagnostiziert. Von da an bis Anfang Oktober 2011 habe es drei Kontakte gegeben.

Prof. Dr. B. berichtete über den stationären Aufenthalt des Versicherten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. vom 11. März bis 5. Juni 2013, er sei notfallmäßig in der beschützenden Station 11 aufgenommen worden. Im Aufnahmegespräch habe der Versicherte erwähnt, seit einigen Tagen unter zunehmend konkreter werdenden Suizidgedanken gelitten zu haben. Der Freitod sei der einzig wahre Weg, weil sein Leben in dem Zustand, in dem er sich jetzt befinde, nicht mehr lebenswert sei. Er habe nach einem Autounfall im November 2012 einige körperliche Folgen erlitten, die er so nicht tolerieren könne. Er sei nicht mehr leistungsfähig, grüble ständig über die hoffnungslose Situation nach, habe kaum noch Antrieb, esse kaum noch, könne sich kaum noch über etwas freuen und habe sich zunehmend zurückgezogen. Vor der stationären Therapie habe er drei ambulante Termine bei einem Psychiater absolviert. Vorgespräche für eine ambulante Psychotherapie seien geführt worden. Er habe sich ebenfalls in der hiesigen Burnout-Sprechstunde bei Dr. S. vorgestellt. Bis zur Aufnahme im Oktober 2011 habe er medikamentös lediglich pflanzliche Produkte wie Johanniskraut als Therapie ausprobiert. Im Anschluss an die stationäre Therapie im Dezember 2011 habe er eine ambulante Psychotherapie begonnen, bis März 2012 eine Rehabilitation in B. durchlaufen und anschließend eine Wiedereingliederung angefangen. Im November 2012 sei es zu dem Autounfall gekommen, anschließend habe er bis Februar 2013 erneut eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen.

Mit Bescheid vom 11. November 2014 führte die Beklagte gegenüber der Klägerin aus, dass die Selbsttötung des Versicherten vom 6. Juni 2013 keine Folge des Arbeitsunfalls vom 30. November 2012 sei und lehnte einen Anspruch auf "Hinterbliebenenleistungen" ab. Der Vollbeweis für die Verschlimmerung der vorbestehenden bipolaren Störung durch den Versicherungsfall sei nicht erbracht worden, weshalb ein Anspruch auf solche Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht bestehe.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch, mit dem sie geltend machte, die Ersthelfer der Freiwilligen Feuerwehr erinnerten sich an die Bewusstlosigkeit des Versicherten. Dieser habe sich nicht selbst aus dem Auto befreien können, sondern habe herausgeholt werden müssen. Die Einblutung des Gehirns habe zwar keine raumfordernde Wirkung gezeigt, sei aber als diskret prominent und großprogredient imponierende Kontusionsblutung diagnostiziert worden. Eine Hirnschwellung sei somit bescheinigt, lediglich das Fortschreiten verneint worden. Eine bipolare Störung sei nie diagnostiziert worden und habe es bis zu dem Unfall auch nicht gegeben. Diese Gesundheitsstörung sei erstmals im Bericht von Prof. Dr. R. erwähnt worden. Eine solche Diagnose sei nicht möglich gewesen, weil der Versicherte vom 30. November bis 6. Dezember 2013 habe sediert und beatmet werden müssen. Es entspreche nicht der Wahrheit, dass sie eine solche Krankheit erwähnt habe. Diese Erkrankung sei in verschiedenen Berichten ungeprüft übernommen worden. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 1. April 2015 zurückgewiesen.

Am 24. April 2015 hat die Klägerin hiergegen Klage beim Sozialgericht R. (SG) erhoben. Nach der mündlichen Verhandlung am 25. November 2015 hat es die Beklagte durch Urteil unter "Abänderung" der angefochtenen Verwaltungsentscheidung verurteilt, ihr "Hinterbliebenenleistungen" zu gewähren und ihre außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Ein Suizid sei kein Arbeitsunfall, weil es an einem von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis und damit am Tatbestandsmerkmal des Unfalls fehle. Die Selbsttötung beruhe auf einer willentlichen Handlung. Zwischen den Beteiligten stehe aufgrund des Bescheides vom 11. November 2014 bestandskräftig fest, dass der Versicherte am 30. November 2012 einen Arbeitsunfall erlitten habe. Aufgrund der Aktenlage, insbesondere der Berichte von Prof. Dr. B. und der bereits vor dem Suizid dokumentierten Angaben der Klägerin, seien allein die Auswirkungen der körperlichen Unfallfolgen eine rechtlich wesentliche Ursache für den Suizid des Versicherten gewesen. Ohne Belang sei, ob im Zeitpunkt der Selbsttötung noch anteilige kognitive Störungen vorgelegen hätten, welche auf das Ereignis von November 2012 zurückzuführen seien. Die psychiatrische Vorerkrankung hätte, selbst wenn es sich um eine bipolare Störung handelte, nicht zwangsläufig zum Freitod geführt. Die behandelnden Ärzte hätten den Versicherten nach dem Suizidversuch Mitte März 2013 als ausreichend stabil angesehen. Eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung sei nicht als notwendig erachtet worden. Prof. Dr. B. habe ausgeführt, das schwere Unfalltrauma habe massive körperliche Einschränkungen mit sich gebracht und die psychiatrische Symptomatik erneut gravierend verschlechtert. Weiter sei der Versicherte aufgrund der Verletzungen im Bereich des Gesichtes und der rechten Schulter extrem und anhaltend auf seine körperlichen Beeinträchtigungen fixiert gewesen. Es habe sich eine erheblich negative Selbstbewertung mit geringer Selbstakzeptanz entwickelt. Diese Situation habe zu einer zunehmenden Verschlechterung der Depressivität und zu der Einschätzung des Versicherten geführt, sein Leben sei nicht mehr lebenswert. Die Klägerin habe angeführt, nach dem Verkehrsunfall sei neben Depressionen und Versagensängsten eine weitere

Angst hinzugekommen. Sie habe ihn als in der Persönlichkeit verändert wahrgenommen. Die Prüfung der Wesentlichkeit des Ursachenbeitrages enthalte ein wertendes Element hinsichtlich der Reichweite des Versicherungsschutzes. Zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls sei es darum gegangen, den psychisch stark angeschlagenen Versicherten wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Die damit einhergehenden Risiken eines Fehlschlages und einer dadurch möglicherweise bedingten erheblichen Verschlechterung seien hinzunehmen und von der Gemeinschaft der Versicherten zu tragen.

Gegen die ihr am 28. Dezember 2015 zugestellte Entscheidung hat die Beklagte am 22. Januar 2016 Berufung beim Landessozialgericht B. (LSG) eingelegt.

Das LSG hat Prof. Dr. R., den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G., Dr. K. und die Dipl.-Psychologin W. ergänzend befragt, welche im August 2016 und April 2017 geantwortet haben. Weiter ist die von der D. über den Versicherten geführte Verwaltungsakte "Rehabilitation" beigezogen worden.

Prof. Dr. R. hat mitgeteilt, die Fremdanamnese, einschließlich der bipolaren Störung, sei im Rahmen eines Gesprächs mit der Klägerin Anfang Dezember 2012 erhoben worden. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. hat geäußert, die bipolare Störung dem Entlassungsbericht von Prof. Dr. R. entnommen zu haben. Die Dipl.-Psychologin W. hat ihren Bericht vom 22. April 2013 an Dr. K. übersandt, wonach sie eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) diagnostiziert habe. Zwischen Oktober 2011 und dem 27. November 2012 seien vom Versicherten 34 Therapiestunden in Anspruch genommen worden. Im Erstgespräch habe er von bereits seit einem halben Jahr bestehenden depressiven Symptomen berichtet, welche durch übermäßige Belastung am Arbeitsplatz entstanden seien. Nach bereits erfolgter antidepressiver Medikation habe er sich auf Anraten seines Hausarztes entschieden, eine Psychotherapie zu beginnen. Bereits nach der ersten probatorischen Sitzung sei mit ihm wegen einer bestehenden Suizidalität die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik vereinbart worden, obwohl die Klägerin damit nicht einverstanden gewesen sei. Nach dem stationären Aufenthalt habe sich eine Rehabilitationsmaßnahme angeschlossen, aus der er ausreichend stabilisiert entlassen worden sei. Allerdings habe sich bereits nach kurzer Zeit der ambulanten Therapie gezeigt, dass er im häuslichen Umfeld erneut mit den Schwierigkeiten in seiner Ehe überfordert sei und durch die Wiederaufnahme seiner Arbeit bereits rasch an seine Grenzen stoße. Trotz kleinerer Therapieerfolge in Bezug auf die Steigerung seiner Aktivität und die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen habe er sich bei seinem hohen Leistungsanspruch ob der zunehmenden Belastung am Arbeitsplatz schwer vorstellen können, zu 100 % wieder einzusteigen. Dennoch sei ein gemeinsames Gespräch mit seiner Arbeitgeberin, welche ihm positiv sehr verbunden gewesen sei, vereinbart worden. Am Morgen des Termins habe der Versicherte den Verkehrsunfall erlitten. Der Umstand, sich hauptsächlich über die Arbeit definiert zu haben, sei nach dem schweren Autounfall und der Tatsache, dass er nie wieder in seinem Beruf hätte arbeiten können, der auslösende Faktor für den Suizid gewesen.

Die Klägerin hat das Attest von Dr. K. vom 24. Juli 2017 vorgelegt, wonach im Spätsommer und Herbst 2012 eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgt sei. Diese sei am 29. November 2012 abgeschlossen gewesen. Daher sei davon auszugehen, dass der Zustand des Versicherten zu diesem Zeitpunkt stabil gewesen sei. Aus der damaligen Sicht sei von einer Arbeitsunfähigkeit noch bis 1. Januar 2013 ausgegangen worden.

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ist mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt worden. Nach seiner Expertise vom 23. November 2016 nebst den ergänzenden Stellungnahmen vom 29. Juni sowie 10. und 20. Oktober 2017 sei er im Alter von 53 Jahren durch Suizid verstorbene Versicherte nach der Aktenlage in einer durch die Alkoholkrankheit seines Vaters geprägten Familie aufgewachsen, welche im Ort ausgegrenzt gewesen sei. Gleichwohl habe er die Fachhochschulreife erreicht und das Fachhochschulstudium des Maschinenbaus abgeschlossen. An Vorerkrankungen sei aus 2011 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome aktenkundig, welche damals zu einem annähernd zweimonatigen stationären Klinikaufenthalt geführt habe. Begonnen habe alles bereits um 2009 mit einer plötzlich eintretenden Schwindelsymptomatik sowie einer Panik- und Angststörung. Die Beschwerden hätten im Verlauf zugenommen. Der Versicherte habe über Existenzängste nach drei Insolvenzen der ihn beschäftigenden Unternehmen, eine Antriebsstörung, Konzentrationsprobleme, einen Interessensverlust, eine Kraftlosigkeit sowie ein Gefühl der Entfremdung geklagt. Er habe auch familiäre Sorgen um einen seiner beiden Söhne angeführt. Psychodynamisch seien als Hauptursachen ein hoher Leistungsanspruch bei perfektionistischen Zügen und ein ausgeprägtes Ich-Ideal anzusehen. Die depressive Symptomatik habe sich ebenfalls in der Pflegedokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. gefunden, wobei sie ausschließlich unipolar depressiv beschrieben worden sei. Im Rahmen der nachfolgenden Rehabilitation in der Klinik A. seien überwiegend Angaben zu depressiven Symptomen gemacht worden. Es sei zwar der Antrieb leicht gesteigert gewesen, was aber eine maniforme Symptomatik nicht sichere. Zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls Ende November 2012 habe sich der Versicherte noch in einer beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme befunden. Die Unfallursache sei wechselhaft beschrieben worden. Einerseits sei die Fahrbahn als nassglatt bezeichnet worden, wobei die Temperatur zum Unfallzeitpunkt im nahe gelegenen T. um 0° C betragen habe. Andererseits sei ein Reifendefekt angeführt worden. Für einen Suizidversuch hätten sich aber offensichtlich nicht genügend Hinweise ergeben, eine derartige Diskussion habe nicht stattgefunden. Als Hauptverletzung sei es zu einer penetrierenden Verletzung der rechten Augenhöhle mit komplexer Orbitafraktur gekommen. Die computertomografische Untersuchung, deren Bilder er ergänzend angefordert habe, hätten eine deutliche Impression von Knochenfragmenten auch nach intrakraniell mit einer kleinen kontusionellen Einblutung im Bereich des äußeren rechten Frontallappens gezeigt. Die Kontrolluntersuchung nach Hebung der Knochenfragmente habe jedoch keine weitere Hirnverletzung erkennen lassen. Eine weitere bildgebende Erhebung einen Monat später habe, bei diesbezüglich nicht optimaler Untersuchungstechnik, keinen Anhalt für eine größere traumatische Hirnschädigung geliefert. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes sei es nach der Reduktion der Sedierung zu einem Durchgangssyndrom gekommen, wobei nicht ganz klargeworden sei, ob dieses eine medikamentöse Ursache gehabt habe. In dem zugehörigen Arztbrief habe sich der Hinweis gefunden, dass die Medikation für eine bipolare Störung im Vorfeld des Unfallereignisses ausgeschlichen worden sei. Anfang 2013 sei eine Rehabilitation in den Kliniken S. K. erfolgt. Neuropsychologisch seien hierbei leichte bis mittelgradig ausgeprägte kognitive Defizite im sprachgebundenen mnестischen Bereich beschrieben worden. Diese hätten sich im Verlauf jedoch gebessert. In den nachfolgenden Wochen sei zunächst eine gewisse Stabilisierung beschrieben worden. Ab dem 5. März 2013 sei dann jedoch erstmals über eine erneute depressive Symptomatik berichtet worden. Am 11. März 2013 habe der Versicherte im Rahmen einer akuten psychischen Dekompensation einen Suizidversuch unternommen. Bei Betrachtung der Pflegedokumentation während des stationären Aufenthaltes in den folgenden Wochen sei eine ausgeprägt wechselhafte Symptomatik mit depressiven und manischen oder zumindest hypomanen Zuständen beschrieben worden. Anfang Juni 2013 sei offensichtlich ein Arbeitsversuch angesprochen worden, ein entsprechendes Gespräch sei für den 6. Juni 2013 vereinbart worden. Am Morgen dieses Tages sei der Versicherte nach einem Sprung von einer etwa 50 m hohen Felssteilwand tot aufgefunden worden.

Die Folgen des Verkehrsunfalls von November 2012 hätten ohne die psychische Vorerkrankung nicht zum Suizid geführt. Sowohl die körperlichen als auch die geistigen Unfallfolgen hätten, soweit dies anhand der Unterlagen beurteilbar sei, einer dauerhaften Wiedereingliederung am ursprünglichen Arbeitsplatz nicht entgegengestanden. Problematischer sei, ob das Unfallereignis und seine Folgen im Verhältnis zur bestehenden Vorerkrankung wesentlich ursächlich gewesen seien. Denn die Wiedereingliederung habe bereits im April 2012 begonnen, sei jedoch zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls noch nicht abgeschlossen gewesen. Sie habe noch weiter andauern sollen. Aus ärztlicher Sicht entspreche dieser Verlauf keinem üblichen bei einer Wiedereingliederung durch die Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung. Er bestätige vielmehr, dass es sich um keine unkomplizierte, lineare Wiedereingliederung gehandelt habe. Die Rekonvaleszenz nach der stattgehabten schweren depressiven Episode 2011 sei folglich nicht so "glatt" verlaufen wie von der Klägerin behauptet. Bereits im August 2012 sei es zu einer ersten Verzögerung gekommen. Im Oktober dieses Jahres sei eine nochmalige Verkürzung der bereits bestehenden Arbeitszeit erforderlich gewesen. Am 29. November 2012, einen Tag vor dem Verkehrsunfall, habe immer noch Arbeitsunfähigkeit bestanden und eine weitere Verlängerung der Wiedereingliederungsmaßnahme sei beantragt worden. Nachdem andere konkurrierende Erkrankungen nicht ersichtlich seien, lasse sich dies nur so interpretieren, dass es im Verlauf des Jahres 2012 zu mehreren Verschlechterungen der psychischen Symptomatik gekommen sei. Folgende Aspekte deuteten auf einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Suizid hin: Ohne Zweifel sei es bei dem Unfallereignis zu einer substantiellen Hirnschädigung gekommen, wovon er sich im Rahmen der Nachbefundung der Bilder der computertomografischen Untersuchung selbst habe überzeugen können. Frontale Hirnschäden könnten zu Wesensveränderungen führen, welche eine Störung der Steuerungsfähigkeit verursachten. Weiter sei es bei dem Unfallereignis eindeutig zu umfangreichen körperlichen Schäden in Form einer komplexen Verletzung der rechten Augenhöhle und des Mittelgesichtes, beidseitiger Rippenfrakturen, einer Querfortsatzfraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers, einer Fraktur im Bereich der rechten Mittelhand sowie einer Lungenarterienembolie als Komplikation im Rahmen eines Pneumothorax gekommen. Ferner sei der "Suizidversuch" zu einem Zeitpunkt erfolgt, als gerade ein Arbeitsversuch angedacht gewesen sei. Wesentliche Argumente sprächen jedoch gegen einen solchen Zusammenhang: Der nachweisliche Hirnschaden sei lediglich gering gewesen, eine umfangreichere Schädigung sei auf dem bildgebenden Material nicht zu erkennen. Dies drücke sich auch in den neuropsychologischen Erhebungen aus, wonach ganz vordergründig affektive Beeinträchtigungen vorgelegen hätten, wie sie auch ohne einen Gehirnschaden bei depressiven Störungen vorkämen. Nach den Unterlagen sei das Sehvermögen bereits im Dezember 2012 wieder vollständig hergestellt gewesen. Im Folgemonat habe der Spickdraht im Bereich der Mittelhand entfernt werden können. Im Februar 2013 sei eine wesentliche Besserung auch der Beschwerden der Wirbelsäule beschrieben worden. Die gravierenden Unfallfolgen hätten sich damit im Verlauf stabilisiert. Von neuropsychologischer Seite seien bereits zwei Monate nach dem Ereignis lediglich noch leicht- bis mittelgradig ausgeprägte spezifische berufsrelevante kognitive Defizite beschrieben worden. Angesichts der Tatsache, dass sich hirnorganische Defizite in der Altersgruppe des Versicherten erfahrungsgemäß noch wenigstens sechs bis zwölf Monate nach einem Hirntrauma signifikant verbessern könnten, spreche dieser Umstand nicht dagegen, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich gewesen wäre, so dass diese Defizite ohne die Vorerkrankung sicherlich keine Suizidalität begründet hätten. Bemerkenswert erscheine, dass über den gesamten stationären Aufenthalt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. von Mitte März bis Anfang Juni 2013 hinweg körperliche Beschwerden allenfalls am Rande beschrieben worden seien und die Medikation keine Schmerzmittel umfasst habe. In der Pflegedokumentation seien keinesfalls durchgehend depressive Symptome beschrieben worden, sondern immer wieder zumindest hypomane Episoden mit Tatendrang, woraufhin der Versicherte Aktivitäten in Angriff genommen habe. Der erste Suizidversuch Mitte März 2013 sei zu einem Zeitpunkt erfolgt, als über die vorherigen Wochen und Monate letztlich eine stete Besserung der körperlichen Unfallfolgen zu verzeichnen gewesen sei. Es sei daher schwer nachvollziehbar, dass sich der Versicherte deswegen das Leben genommen haben solle. Beim Aufnahmegespräch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. Mitte März 2013 habe er hierzu auch eine ausgeprägt dysfunktionale Schilderung vorgenommen. Dreh- und Angelpunkt sei, ob die ausgeprägten Stimmungsschwankungen mit einem schnellen Wechsel zwischen einer Antriebsstörung und einer Hyperaktivität erst nach dem Unfallereignis aufgetreten seien und dann der hirnorganischen Störung zuzurechnen wären oder ob diese bereits vor dem Verkehrsunfall bestanden hätten und die verzögerte Wiedereingliederung bedingten. Immerhin habe Prof. Dr. R. über dreimalige Episoden einer bipolaren Störung im Verlauf des Folgejahres berichtet. Wenn dies tatsächlich der Fall wäre, hätte das plötzliche Umschlagen der Stimmung, also ein Rapid Cycling, bereits vor dem Unfallereignis bestanden und diesem käme die überwiegende Bedeutung für den raptusartigen Suizidentschluss zu. Derartige Stimmungsschwankungen seien hingegen von der behandelnden Dipl.-Psychologin W. nicht beschrieben worden, sodass die Verschlechterungen wohl eher im Rahmen rezidivierender depressiver Episoden zu interpretieren seien. Eindeutig dokumentiert sei jedenfalls, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls keineswegs stabil gewesen sei und es nur noch ein paar Wochen gedauert hätte, bis er seinen Beruf wieder voll hätte aufnehmen können. Die Dipl.-Psychologin W. habe vermerkt, dass sich der Versicherte einen hundertprozentigen Wiedereinstieg bis zuletzt nur schwer habe vorstellen können. Angesichts der geschilderten Persönlichkeitsstruktur, wonach er sich hauptsächlich über die Arbeit definiert habe, bedeute dies in der Konsequenz, dass er zum Zeitpunkt des Unfallereignisses weitgehend resigniert habe, jemals wieder die volle Erwerbsfähigkeit zu erreichen. Nachdem nach den vorliegenden Befundberichten sowohl die hirnorganischen als auch die körperlichen Beeinträchtigungen im Frühjahr 2013 lediglich noch am Rande beschrieben worden seien, könne dies nur bedeuten, dass die unfallunabhängigen Faktoren anschließend wieder eine zunehmende Bedeutung bekommen hätten. Der Suizid habe stattgefunden, als bereits in den Tagen danach ein Gespräch über einen erneuten Arbeitsversuch vereinbart gewesen sei. Damit spreche deutlich mehr für als gegen die Annahme, dass die im Frühjahr 2013 aufgetretene depressive Exazerbation im Rahmen rezidivierender depressiver Episoden zu interpretieren sei und der Suizid angesichts der eher geringen Hirnschädigung überwiegend durch die vorbestehende unfallunabhängige Erkrankung hervorgerufen worden sei. Das Gegenteil wäre nur anzunehmen, wenn sich nachweisen ließe, dass die Probleme der Wiedereingliederung nicht auf eine psychische Instabilität, sondern auf andere Gründe zurückzuführen seien. Das Attest von Dr. K. von Juli 2017 sei nicht verständlich. Einerseits habe er erklärt, die stufenweise Wiedereingliederung sei am 29. November 2012 abgeschlossen gewesen. Daneben finde sich die Angabe, wonach die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich am 1. Januar 2013 beendet sein werde. Dies stelle einen Widerspruch dar. Wenn die Eingliederungsmaßnahme beendet gewesen sei, gleichwohl aber Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, erkläre sich nicht, weshalb der Versicherte am Unfalltag zu seinem Arbeitsplatz gefahren sei. Nicht nachvollziehbar sei weiter das Vorbringen der Klägerin, wonach sich dieser während seiner gesamten Dauer der Wiedereingliederung in einem stabilen und psychisch guten Zustand präsentiert habe. Wäre dies so gewesen, erscheine es schwer verständlich, weshalb er dann nicht wieder von seiner Arbeitgeberin für seine geschuldete Arbeitsleistung vergütet worden sei. Stattdessen habe er zu Lasten der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung über neun Monate hinweg unter der Vorgabe, er sei arbeitsunfähig, eine Wiedereingliederungsmaßnahme durchgeführt, welche mehrfach verlängert und deren Stufenplan im September 2012 nochmals in Bezug auf die Arbeitsstunden reduziert worden sei.

Die Beklagte trägt im Wesentlichen vor, der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. habe bestätigt, dass sich der Freitod des Versicherten nicht auf den Arbeitsunfall vom 30. November 2012 zurückführen lasse. Überdies sei aufgrund der Angaben der Klägerin und mittels

zahlreicher ärztlicher Dokumente belegt, dass er an einer bipolaren Störung gelitten habe, welche für seinen Tod allein wesentlich ursächlich gewesen sei. Der Klägerin stünden damit keine Hinterbliebenenleistungen zu.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts R. vom 25. November 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise die Geschäftsführer M.S. und T.M., M. GmbH und Co. KG, D. als Zeugen dazu zu hören, dass sich W.L. während der stufenweisen Wiedereingliederung ab 2. April 2012 in einem stabilen und guten psychischen Zustand präsentierte, welcher deren Dauer erklärt.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die verkehrsunfallbedingten Erkrankungen des Versicherten hätten wesentlich ursächlich dazu beigetragen, dass er sich das Leben genommen habe, weshalb sie eine Witwenrente beanspruchen könne. Nach dem Aufenthalt in der Klinik A. sei er weder in psychiatrischer noch nervenärztlicher Behandlung gewesen. Einmal wöchentlich habe er einen Termin bei der Dipl.-Psychologin W. wahrgenommen. Die Betreuung habe am 27. November 2012 geendet, also bereits vor dem Verkehrsunfall. Danach habe der Versicherte sie nicht mehr konsultiert. Zum Zeitpunkt ihrer Mitteilung Ende April 2013 seien also bereits fünf Monate vergangen gewesen, bis zum tatsächlichen Suizid fast sieben. Ende November 2012 sei mit täglich sieben Arbeitsstunden das Ziel der Wiedereingliederung fast erreicht gewesen. Der Versicherte habe Kundenkontakt gehabt und ab Januar 2013 wieder normal arbeiten sollen. Als Leiter des Produktmanagements sei er während seiner Anwesenheit einer extremen Belastung ausgesetzt gewesen. Aufgrund der Belastungsintervalle als leitender Angestellter sei den Geschäftsführern seiner Arbeitgeberin klar gewesen, dass eine erfolgreiche Wiedereingliederung mehr Zeit als gewöhnlich in Anspruch nehmen werde, was schließlich der Fall gewesen sei. Über die gesamte Zeit der Maßnahme hinweg habe er sich in einem stabilen und psychisch guten Zustand präsentiert, was aus Sicht seiner Arbeitgeberin deren Dauer erklärt habe. Er sei damals gerne gejoggt und habe sich auf einen Marathon vorbereitet. Zu keinem Zeitpunkt habe er an einer bipolaren Störung gelitten. Es habe nie Eheschwierigkeiten gegeben. Dr. S. könne bestätigen, dass der familiäre Hintergrund stabil gewesen sei und weder eine Eigen- noch Fremdgefährdung vorgelegen habe. Zuletzt habe er keine Perspektive mehr gesehen, insbesondere, weil ihm seine körperlichen Einschränkungen nicht mehr ermöglichten, Motorrad zu fahren. Er habe am Ende nur noch ein Gewicht von 63 kg gehabt.

Zuletzt hat die Klägerin das Attest von Dr. K. vom 20. November 2017 übersandt, wonach in der Bescheinigung von Juli 2017 nicht erwähnt worden sei, dass die stufenweise Wiedereingliederung im Dezember 2012 mit sieben Stunden täglich weitergeführt werden sollte. Die entsprechenden Unterlagen seien vom Versicherten am frühen Morgen des 30. November 2012 in der Praxis abgegeben und von ihm am darauffolgenden Montag unterschrieben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakten der Beklagten (3 Bände) und der D. verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden, im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), sowie begründet.

Gegenstand dieses Rechtsmittelverfahrens ist das angefochtene Urteil des SG vom 25. November 2015, mit dem die Beklagte aufgrund der als kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#), [Abs. 4 SGG](#)) erhobenen Klage unter "Abänderung" des Bescheides vom 11. November 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2015 verurteilt wurde, der Klägerin "Hinterbliebenenleistungen" zu gewähren. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bezogen auf die vorliegende Klageart der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in: M.-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34), welche am 18. Januar 2018 stattfand.

Die vorliegend bei sachgerechter Auslegung des prozessualen Begehrens auf Bewilligung von "Hinterbliebenenleistungen" ([§ 123 SGG](#); vgl. Urteil des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15](#) -, juris, Rz. 38 m. w. N.) einzig als auf Gewährung einer Witwenrente gerichtete Klage, auf eine solche sachdienliche Antragstellung das SG indes nicht hingewirkt hat ([§ 106 Abs. 1 SGG](#)), ist nicht begründet.

Die Klägerin hat von den in [§ 63 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) für Hinterbliebene bei Tod der Versicherten vorgesehenen Leistungen bei der Beklagten am 21. Juni 2013 die Bewilligung einer Hinterbliebenenrente in Form einer Witwenrente ([§ 63 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3](#), [§ 65 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)) beantragt. Da Maßstab für den ihr gegenüber bekanntgegebenen ([§ 37 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) Bescheid vom 11. November 2014, mit dem ein Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen abgelehnt wurde, der Empfängerhorizont verständiger Beteiligten, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B [5a/5 R 20/06](#) R -, [BSGE 100, 1](#), (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) -, juris, Rz. 53), ist, ist der Verwaltungsentscheidung der Ausgangsbehörde ob des konkreten Begehrens der Klägerin die Regelung zu entnehmen, dass sie kein Recht auf Witwenrente wegen des Todes des Versicherten hat. Für eine auf die Beseitigung dieser negativen Feststellung und Verurteilung der beklagten Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung zur Gewährung einer solchen Leistung gerichtete kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage besteht damit insbesondere die Klagebefugnis (vgl. Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 2991/15](#) -, juris, Rz. 30). Materiell-rechtlich hat die Klägerin indes keinen Anspruch, da der Tod des Versicherten, der an keiner Berufskrankheit litt, nicht infolge eines Arbeitsunfalls im Sinne des [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) eingetreten ist. Der angefochtene Verwaltungsakt ist rechtmäßig und verletzt sie nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Das SG hätte der Klage daher nicht stattgeben dürfen, sondern sie abweisen müssen.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten und nach Auslegung sich ergebenden Leistungsanspruch der Klägerin ist [§ 63 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3](#), [Satz 2](#), [§ 65 Abs. 1](#) und 2 SGB VII. Danach haben Hinterbliebene Anspruch auf Hinterbliebenenrenten wie eine Witwenrente ([§ 63 Abs. 1](#)

[Satz 1 Nr. 3, § 65 Abs. 1](#) und 2 SGB VII); jedoch nur, wenn der Tod - der Versicherten - infolge eines Versicherungsfalls nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) eingetreten ist ([§ 63 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)), was vorliegend nicht so gewesen ist.

Es besteht kein wesentlicher Ursachenzusammenhang mit einem Arbeitsunfall. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass Verletzte durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt haben und deshalb "Versicherte" sind. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis und dadurch einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität; BSG, Urteil vom 4. Dezember 2014 - [B 2 U 18/13 R](#) -, [BSGE 118, 18](#) (21) m. w. N.).

Bei der objektiven Verursachung kommt es darauf an, dass die versicherte Verrichtung für das Unfallereignis und dadurch für den Gesundheitsschaden oder den Tod eine (Wirk-)Ursache war ([BSGE 118, 18](#) (21 f.) m. w. N.). Diese sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die infrage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolgs gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio-sine-qua-non). Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache in diesem Sinne war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht (ex post) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (BSG, Urteile vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 55 ff. und vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 46, Rz. 31 ff.). Steht die versicherte Tätigkeit als eine der (Wirk-)Ursachen fest, muss sich auf der zweiten Stufe die Einwirkung rechtlich unter Würdigung auch aller weiteren auf der ersten Stufe festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr darstellen. Bei dieser reinen Rechtsfrage nach der "Wesentlichkeit" der versicherten Verrichtung für den Erfolg der Einwirkung muss entschieden werden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll (BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, a. a. O., Rz. 37).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung der Tatsacheninstanzen bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitsschaden" oder "Tod" erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit einer Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Gegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) -, [BSGE 103, 45](#) (47) und vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 43, Rz. 17).

Entgegen der Auffassung des SG steht zwischen den Beteiligten aufgrund des Bescheides vom 11. November 2014 nicht bindend im Sinne von [§ 77 SGG](#) fest, dass der Versicherte einen Arbeitsunfall erlitten hat. Die Frage, ob ein solcher Versicherungsfall vorgelegen hat und welcher es genau war, ist kein selbstständiger Gegenstand des Verwaltungsverfahrens, über den durch Verwaltungsakt entschieden werden dürfte, sondern nur eine Tatbestandsvoraussetzung des streitgegenständlichen Anspruchs. Wird dieser durch einen negativ feststellenden Verwaltungsakt verneint, ist die Äußerung der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung, ein Arbeitsunfall habe vorgelegen, nur ein unselbstständiges Element des Verwaltungsaktes (vgl. [BSGE 118, 18](#) (20 f.)). Der Sprung in suizidaler Absicht von einer etwa 50 m hohen Felssteilwand eines stillgelegten Steinbruches in B., einem Stadtteil von R., welcher zum Tod des Versicherten führte, ist deshalb kein Arbeitsunfall, da er hierbei weder als Beschäftigter ([§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) noch sonst einer versicherten Tätigkeit nachgegangen ist. Aufgrund der Ermittlungen der Staatsanwaltschaft T. steht für den Senat fest, dass er am 5. Juni 2013 zwischen 8 und 9 Uhr die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. verließ, wo er sich stationär seit 11. März 2013 nach einem Suizidversuch an derselben Stelle, von der er sich später in den Tod stürzte, aufhielt, also aufgrund einer eigenwirtschaftlichen Motivation. Um 10:07 Uhr löste er im Hauptbahnhof T. eine Zugfahrkarte nach R ... Sein letztes Lebenszeichen ist um 10:31 Uhr erwiesen, als er mit dem Handy mit der Klägerin telefonierte. Am 6. Juni 2013 wurde er gegen 8:10 Uhr auf dem Parkplatz des Freibades in B. aufgefunden und zehn Minuten später sein Tod durch Dr. K. ärztlich festgestellt. Von der suizidalen Absicht des Versicherten geht der Senat aufgrund des mit dieser Motivation nahezu drei Monate zuvor an derselben Stelle unternommenen Versuchs und des bei ihm in der linken Hosentasche gefundenen Notizzettels aus. Dessen Inhalt mit Anschuldigung der Krankheit lässt den Schluss zu, dass der Versicherte angesichts seiner Persönlichkeitsstruktur, wonach er sich hauptsächlich über die Arbeit definierte, resignierte und keine Hoffnung mehr hatte, jemals wieder eine volle Erwerbsfähigkeit zu erreichen, wie der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. schlüssig hergeleitet hat. Den Verdacht auf einen Suizid hatte bereits Dr. K. ob der Auffindesituation geäußert. Einer versicherten Tätigkeit ist der Versicherte daher im Zeitpunkt des Herabstürzens von der Felssteilwand nicht erwiesenermaßen nachgegangen. Ein Versicherungsfall liegt wegen Freiwilligkeit aber auch deshalb nicht vor, da er mit der Absicht als dolus directus ersten Grades handelte, es ihm also gerade darauf ankam, durch sein Handeln eine Einwirkung auf seinen Körper und dadurch seinen Tod zu verursachen (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, [BSGE 111, 52](#) (57)), worauf das SG der Sache nach bereits hingewiesen hat. Er hatte indes am 30. November 2012 einen Arbeitsunfall, als er gegen 8:45 Uhr auf der L 1208 von der K. bergab zu seiner Arbeitgeberin nach D. fuhr, also, nachdem er die Unterlagen für die Wiedereingliederungsmaßnahme im Dezember 2012 bei Dr. K. bereits abgegeben hatte, was der Senat dessen Attest von November 2017 entnimmt, beim Zurücklegen eines mit seiner versicherten Tätigkeit als Beschäftigter nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) zusammenhängenden unmittelbaren Weges ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 Alt. 1 SGB VII](#)). Kurz vor der Abzweigung zu den Sportanlagen und der Eckbergkreuzung, also auf seiner üblichen Fahrstrecke zum Arbeitsort, kam das von ihm gelenkte Kfz von der Fahrbahn nach links ab. Der Pkw rutschte in den Graben, überschlug sich und blieb auf dem Dach liegen, wodurch der Versicherte ein Polytrauma mit einem leichten offenen Schädel-Hirn-Trauma erlitt. Eine eigenwirtschaftliche und damit unversicherte Unterbrechung durch ein in suizidaler Absicht herbeigeführtes Abkommen vom Straßenkörper (vgl. BSG, Urteil vom 4. September 2007 - [B 2 U 28/06 R](#) -, juris, Rz. 19) ist zwar von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. angesprochen, hingegen mangels eines konkreten Hinweises zutreffend verworfen worden. Der auszugsweise vorliegenden Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft T. lässt sich hierfür kein Anhalt entnehmen.

(Wirk-)Ursache für den Tod des Versicherten ist der Verkehrsunfall am 30. November 2012. Hierfür stützt sich der Senat auf den Entlassungsbericht von Prof. Dr. B. über den stationären Aufenthalt des Klägers in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des

Universitätsklinikums T. von Mitte März bis Anfang Juni 2013. Im Aufnahmegespräch berichtete der Versicherte, seit einigen Tagen unter zunehmend konkreter werdenden Suizidgedanken gelitten zu haben. Der Freitod sei der einzig wahre Weg, da sein Leben in dem Zustand, in dem er sich jetzt befinde, nicht mehr lebenswert sei. Er habe nach einem Autounfall im November 2012 einige körperliche Folgen erlitten, die er so nicht tolerieren könne. Er sei nicht mehr leistungsfähig, grübele ständig über die hoffnungslose Situation nach, habe kaum noch Antrieb, esse kaum noch, könne sich kaum noch über etwas freuen und habe sich zunehmend zurückgezogen. Einen ersten Suizidversuch hatte er am 11. März 2013 unternommen, weswegen er sich dort in Behandlung begab, der weitere führte zu seinem Tod.

Seine psychische Erkrankung in Form einer zuletzt rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10-GM-2018 F33.-) ist weitere (Wirk-)Ursache für den Tod des Versicherten. Nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. ist die im Frühjahr 2013 aufgetretene depressive Exazerbation, weswegen der weitere stationäre Aufenthalt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. erforderlich wurde, im Rahmen rezidivierender depressiver Episoden zu interpretieren. Nachdem zuvor Dr. S. nach der ambulanten Untersuchung im September 2011 noch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10-GM-2018 F32.1) diagnostiziert hatte, stellte sie während der anschließenden stationären Behandlung eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10-GM-2018 F32.2) fest, welche auch eine der Einweisungsdiagnosen für den stationären Aufenthalt in der Klinik A. im Frühjahr 2012 war. Prof. Dr. B. erkannte nach seiner Auskunft von Mai 2013 zum damaligen Zeitpunkt ebenfalls eine schwere depressive Episode, wenn auch für den Senat nicht nachvollziehbar im Rahmen einer angeblich vorbekannten bipolaren affektiven Störung (ICD-10-GM-2018 F31.4). Die Dipl.-Psychologin W., die den Versicherten zwischen Oktober 2011 und November 2012 in 34 Therapiestunden behandelte, erhob wie Priv.-Doz. Dr. D. nach der stationären, bis Ende März 2012 dauernden Behandlung wiederum eine mittelgradige depressive Episode. Dr. S. hatte im August 2011 wegen der zudem aufgetretenen, insbesondere beruflichen Versagensängste eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10-GM-2018 F41.2) diagnostiziert, welche auch der behandelnde Hausarzt Dr. K. aufgriff. Anders als im Leistungsverzeichnis der T. ausgewiesen, hat Priv.-Doz. Dr. D. diese Diagnose allerdings nicht gestellt. Eine bipolare affektive Störung (ICD-10-GM-2018 F31.-) ist demgegenüber nicht belegt. Die von Prof. Dr. B. beschriebene, vermeintlich vorbekannte Krankheit ist medizinisch nicht im Vollbeweis gesichert. Prof. Dr. R. hatte lediglich von der Klägerin, welche nach dem Schulabschluss keine Berufsausbildung absolvierte und mittlerweile als Homöopathin und Kinesiologin tätig ist, also keinen hinreichenden medizinischen Hintergrund hat, die Diagnosekriterien zutreffend zu erfassen, fremdanamnestic erfahren, dass beim Versicherten eine bipolare Störung vorgelegen habe, welche zuvor mit einer Kombination aus Mirtazapin und Venlafaxin behandelt worden sei. Beide hätten sich aber dafür entschieden, diese Medikation auszuschleichen. Dies entnimmt der Senat seinem Entlassungsbericht und seiner Äußerung im Berufungsverfahren. Gleiches gilt hinsichtlich der von Dr. G. wiedergegebenen Äußerung, der Versicherte und die Klägerin hätten bereits beim Erstgespräch Anfang März 2013 über eine vorbestehende bipolare Störung berichtet. Ersterer war genauso wenig sachkundig. Hinzu kommt, dass ihm diese Arzneien erstmals von Dr. S. während des stationären Aufenthaltes im Herbst 2011 verabreicht wurden, indes nicht wegen einer bipolaren affektiven Störung, sondern einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Zuvor griff er ausschließlich auf ein Johanniskrautpräparat als homöopathisches Mittel zurück, wie er Dr. S. gegenüber bei der ambulanten Vorstellung Anfang September 2011 kundtat. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. hat im Rechtsmittelverfahren geäußert, die Krankheit dem Entlassungsbericht von Prof. Dr. R. entnommen und nicht selbst diagnostiziert zu haben. Hinzu kommt, dass sich die depressive Symptomatik in der Pflegedokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. findet, wo sie ausschließlich unipolar depressiv beschrieben wird, worauf Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hingewiesen hat. Im Rahmen der Rehabilitation in der Klinik A. wurden ebenfalls überwiegend Angaben zu depressiven Symptomen gemacht. Der Antrieb war zwar leicht gesteigert, was aber eine maniforme Symptomatik nicht sichert. Darauf hinweisende Stimmungsschwankungen sind auch von der behandelnden Dipl.-Psychologin W. nicht beschrieben worden. Bei Betrachtung der Pflegedokumentation der folgenden Wochen des stationären Aufenthaltes nach dem Suizidversuch Mitte März 2013 ist Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. zwar eine ausgeprägt wechselhafte Symptomatik mit depressiven und zumindest hypomanen Zuständen aufgefallen. Letztendlich ist er gleichwohl für den Senat überzeugend von jeweils rezidivierenden depressiven Episoden ausgegangen, auch wenn eine bipolare affektive Störung nicht gänzlich auszuschließen war. Die erwiesene, gegenüber dem Verkehrsunfall vorbestehende psychische Erkrankung hat zu dem Suizid des Versicherten geführt. Der Sachverständige hat schlüssig dargelegt, dass die Folgen des Ereignisses von November 2012 ohne sie nicht zum Freitod geführt hätten. Sowohl die körperlichen als auch die geistigen Unfallfolgen hätten einer dauerhaften Wiedereingliederung am ursprünglichen Arbeitsplatz nicht entgegengestanden. Angesichts der Tatsache, dass sich hirnorganische Defizite in der Altersgruppe des Versicherten erfahrungsgemäß noch wenigstens sechs bis zwölf Monate nach einem Hirntrauma signifikant verbessern können, sprach insbesondere die Gesundheitsstörung im Bereich des Kopfes nicht dagegen, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich war, so dass diese Defizite ohne die Vorerkrankung beim Versicherten keine Suizidalität begründet hätten.

Der Arbeitsunfall vom 30. November 2012 und die dabei erlittenen schweren Verletzungen sind indes nicht wesentlich ursächlich für den Suizid des Versicherten (vgl. hierzu Bayerisches LSG, Urteil vom 6. Juli 2005 - [L 3 U 263/04](#) -, juris, Rz. 20). Die reine Rechtsfrage nach der "Wesentlichkeit" der versicherten Verrichtung für den Erfolg ist wie in jeder anderen Konstellation danach zu entscheiden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll (BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, a. a. O., Rz. 37). Die Unfallversicherung des Zurücklegens des Weges nach und von dem Ort der (jeweiligen) versicherten Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#), vgl. BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, a. a. O., Rz. 46 f.) schützt das versicherte gezielte Fortbewegen gegen Gefahren für Gesundheit und Leben, welche aus der Teilnahme am öffentlichen Verkehr als Fußgängerinnen oder Fußgänger oder Benutzende eines Verkehrsmittels, also aus einem eigenen oder fremden Verkehrsverhalten oder äußeren Einflüssen durch die Beschaffenheit des Verkehrsraumes, hervorgehen. Das SG hat diesen Schutzzweck verkannt, indem es auf das Ziel der zum Zeitpunkt der versicherten Verrichtung noch andauernden beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme abgestellt hat. Der Senat geht demgegenüber aufgrund der aufgezeigten Maßstäbe sowie der schlüssigen und nachvollziehbaren medizinischen Bewertung der Umstände durch den Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. nach Auswertung der Aktenlage davon aus, dass sich mit dem Suizid keine solche Verkehrsgefahr realisiert hat, die versicherte Verrichtung am 30. November 2012 und ihre Folgen also keine rechtlich wesentlichen (Wirk-)Ursachen für den Tod des Versicherten sind.

Er war seit dem 23. August 2011 arbeitsunfähig erkrankt, was auch dem Leistungsverzeichnis der T. zu entnehmen ist. Die von der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung erbrachte stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben begann schließlich, anders als von der Arbeitgeberin angegeben, im April 2012, was der Senat der beigezogenen Verwaltungsakte der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung entnimmt, und war zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls noch nicht abgeschlossen. Dies hat zuletzt auch Dr. K. mittels seines Attests von November 2017 bestätigt. Sie sollte noch bis Ende Dezember 2012 fortauern. Dieser Verlauf entspricht keinem üblichen bei einer solchen Maßnahme, was auch dem Sachverständigen aufgefallen ist. Er bestätigt vielmehr, dass es sich um keine unkomplizierte, lineare Heranführung an die Arbeitsfähigkeit handelte, welche nicht mehr eintrat. Die Rekonvaleszenz nach der stattgehabten schweren

depressiven Episode 2011 verlief nicht so reibungslos, wie von der Klägerin behauptet. Bereits im August 2012 war es zu einer ersten Verzögerung gekommen, die Erhöhung auf sieben Stunden verschob sich auf den Folgemonat. Im Oktober dieses Jahres stagnierte die bereits bestehende Arbeitszeit erneut. Am 29. November 2012, einen Tag vor dem Verkehrsunfall, bestand immer noch Arbeitsunfähigkeit und eine weitere Verlängerung der Wiedereingliederungsmaßnahme wurde beantragt. Die von Dr. K. zuletzt gestellte Prognose, wonach Arbeitsfähigkeit ab Januar 2013 eintrete, war nicht hinreichend untermauert, zumal sich seine darauf gerichteten Einschätzungen jeweils Ende Juli und September 2012 bereits nicht bewahrheitet hatten. Nachdem andere konkurrierende Erkrankungen nicht ersichtlich sind, geht der Senat folglich davon aus, dass es bereits im Verlauf des Jahres 2012 und vor dem Verkehrsunfall zu mehreren Verschlechterungen der psychischen Symptomatik kam. Dokumentiert ist, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfallereignisses keineswegs psychisch stabil war und es nur noch ein paar Wochen gedauert hätte, bis er seiner Erwerbstätigkeit wieder vollschichtig hätte nachgehen können. Er selbst konnte sich einen hundertprozentigen Wiedereinstieg bis kurz davor nur schwer vorstellen, wie die Dipl.-Psychologin W. vermerkte, bei der er noch wenige Tage vor dem Unfall in Behandlung war. Allein aus der Dauer von fünf Monaten zwischen dieser letzten Konsultation und ihrer Erklärung von April 2013 schließt der Senat im Gegensatz zur Klägerin nicht, dass sie sich nicht an die Äußerungen des Versicherten erinnern konnte. Angesichts der Persönlichkeitsstruktur, wonach er sich hauptsächlich über die Arbeit definierte, wie die Dipl.-Psychologin W. weiter ausführte und Dr. S. erhob, bedeutet dies in der Konsequenz, dass er bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses weitgehend resigniert hatte, jemals wieder seine Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Das Vorbringen der Klägerin, wonach sich der Versicherte während seiner gesamten Dauer der Wiedereingliederung in einem stabilen und psychisch guten Zustand präsentierte, ist nicht nachvollziehbar. Im Gegensatz zu gewissen Freizeitaktivitäten wie dem Joggen konnte er seiner vollschichtigen Erwerbstätigkeit nicht nachgehen, was Dr. K. aufgrund seiner erstellten Stufenpläne und der von ihm attestierten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2012 untermauert hat. Das von der Klägerin zuletzt beschriebene Tätigkeitsprofil konnte er damit noch nicht über acht Arbeitsstunden hinweg ausüben. Wäre dies so gewesen, erscheint es mit Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. im Übrigen schwer verständlich, weshalb er dann nicht wieder von seiner Arbeitgeberin für seine geschuldete Arbeitsleistung vergütet wurde. Stattdessen führte er zu Lasten der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung über neun Monate hinweg unter der Vorgabe, er sei arbeitsunfähig, eine Wiedereingliederungsmaßnahme durch, welche mehrfach verlängert wurde. Der Hilfsantrag, die Geschäftsführer der Arbeitgeberin M.S. und T.M. als Zeugen dazu zu hören, dass sich der Versicherte während der stufenweisen Wiedereingliederung ab 2. April 2012 in einem stabilen und guten psychischen Zustand präsentierte, welcher deren Dauer erklärt, wurde abgelehnt. Diese zu beweisende Tatsache ist aus tatsächlichen Gründen bedeutungslos, da hierdurch weder nachgewiesen wäre, dass der Versicherte einer werktäglichen Arbeit von acht Stunden nachging, noch, mangels Sachkunde, dass trotz der Krankheit Arbeitsfähigkeit bestand. Die Dauer der beruflichen Wiedereingliederung deutet, wie dargelegt, demgegenüber gerade nicht auf die wesentliche Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung und ihrer Folgen hin.

Bei dem Unfallereignis trat zwar eine substantielle Hirnschädigung ein, wovon sich Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. im Rahmen der Nachbefundung der Bilder der computertomografischen Untersuchung selbst überzeugte. Frontale Hirnschäden können zu Wesensveränderungen führen, welche eine Störung der Steuerungsfähigkeit verursachen. Der nachgewiesene Hirnschaden war indes lediglich gering, eine umfangreichere Schädigung ist auf dem bildgebenden Material nicht zu erkennen, wie Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. ausgewertet hat. Dies spiegelt sich auch in den neuropsychologischen Erhebungen wieder, wonach ganz vordergründig affektive Beeinträchtigungen vorlagen, wie sie auch ohne einen Gehirnschaden bei depressiven Störungen vorkommen. Weiter traten zwar umfangreiche sonstige körperliche Schäden in Form einer komplexen Verletzung der rechten Augenhöhle und des Mittelgesichtes, beidseitigen Rippenfrakturen, einer Querfortsatzfraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers, einer Fraktur im Bereich der rechten Mittelhand sowie einer Lungenarterienembolie als Komplikation im Rahmen eines Pneumothorax ein. Das Sehvermögen war jedoch bereits im Dezember 2012 wieder vollständig hergestellt. Gegenüber Prof. Dr. S. berichtete der Versicherte Anfang März 2013, dass er insoweit im Alltag erfreulicherweise gut zurechtkommt. Zuvor im Januar dieses Jahres war der Spickdraht im Bereich der Mittelhand entfernt worden. Im Folgemonat wurde eine wesentliche Besserung auch der Beschwerden der Wirbelsäule beschrieben. Die gravierenden Unfallfolgen hatten sich damit im Verlauf stabilisiert, auch wenn sie noch nicht gänzlich abgeheilt waren und es etwa zuließ, dass der Versicherte wieder Motorrad fahren konnte, wie die Klägerin gegenüber dem Senat in der mündlichen Verhandlung bekundete. In neuropsychologischer Hinsicht waren bereits zwei Monate nach dem Unfallereignis lediglich noch leicht- bis mittelgradig ausgeprägte spezifische berufsrelevante kognitive Defizite erhoben worden. Während des Aufenthaltes in den Kliniken S. K. wurden deutliche Fortschritte erzielt, wie der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. feststellte. Zudem wurden über den gesamten stationären Aufenthalt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. von Mitte März bis Anfang Juni 2013 körperliche Beschwerden allenfalls am Rande beschrieben und die Medikation umfasste keine Schmerzmittel. Der erste Suizidversuch Mitte März 2013, wozu der Versicherte beim Aufnahmegespräch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. eine dysfunktionale Schilderung vornahm, erfolgte zu einem Zeitpunkt, als über die vorherigen Wochen und Monate letztlich eine stete Besserung der körperlichen Unfallfolgen zu verzeichnen war. Es ist daher mit dem Sachverständigen schwer nachvollziehbar, dass er sich deswegen das Leben nahm.

Nachdem nach den vorliegenden Befundberichten sowohl die hirnorganischen als auch die körperlichen Beeinträchtigungen im Frühjahr 2013 lediglich noch beiläufig angeführt wurden, bedeutet dies, dass die unfallunabhängigen Faktoren anschließend wieder ein zunehmendes Gewicht erfuhren. Bereits bei der ersten probatorischen Sitzung, welche die Dipl.-Psychologin W. im Herbst 2011, also vor dem stattgehabten Arbeitsunfall, abhielt, wurde mit dem Versicherten wegen einer bestehenden Suizidalität die Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus vereinbart, welche ab 20. Oktober 2011 in einer offenen Psychotherapiestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit P. des Universitätsklinikums T. erfolgte. Er berichtete dort über unkonkrete Suizidgedanken, welche in den Wochen zuvor aufgekommen waren. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung wegen einer Suizidalgefahr im Gegensatz zu einer ambulanten Behandlung oder einer Unterbringung in einer Rehabilitationseinrichtung ergab sich aufgrund der Einschätzung von Dr. S., wodurch sich im Übrigen erst der Versicherungsanspruch des Versicherten gegenüber der Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung konkretisierte (vgl. BSG, Urteil vom 20. Januar 2005 - [B 3 KR 9/03 R](#) -, [BSGE 94, 139](#) (147) m. w. N.). Dr. S. diagnostizierte schließlich eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10-GM-2018 F32.2). In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen wurden als auslösende Belastungsfaktoren, welche an dem Zustandekommen des psychischen Zusammenbruchs beteiligt waren, neben den aufgetretenen Konflikten mit den Söhnen, welche seinen Anforderungen nicht nachfolgten, ein sehr hoher Leistungsanspruch bei perfektionistischen Zügen und ein ausgeprägtes Ich-Ideal ausgemacht. Insbesondere durch die zunehmende Belastung bei der Arbeit und dem Eindruck, den Leistungserwartungen nicht mehr zu entsprechen, entwickelte sich schließlich der schwere depressive Zusammenbruch mit einem ausgeprägten psychovegetativen Erschöpfungszustand. Erst nach einem nahezu zweimonatigen Aufenthalt konnte er in einem deutlich stabilisierten Zustand ohne Anhalt für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung entlassen werden. Nicht zuletzt wurde der Suizid herbeigeführt, als ein Gespräch über einen erneuten Arbeitsversuch unmittelbar bevorstand. Damit in Einklang steht die Einschätzung von Dr. M. Ende April 2013, wonach die damals beklagten Beschwerden mit den tatsächlichen Einschränkungen infolge des Arbeitsunfalls nicht

in Einklang zu bringen und daher eher auf das gestörte Körperempfinden zurückzuführen waren.

Nach alledem spricht deutlich mehr für als gegen die Annahme, dass die im Frühjahr 2013 aufgetretenen depressiven Exazerbationen im Rahmen rezidivierender depressiver Episoden zu interpretieren sind und der Suizid insbesondere angesichts der eher geringen Hirnschädigung weit überwiegend durch die vorbestehende, gravierende unfallunabhängige Erkrankung hervorgerufen wurde.

Daher war die angefochtene Entscheidung des SG auf die Berufung der Beklagten aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), da das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit auch für Empfängerinnen von Hinterbliebenenleistungen kostenfrei ist, soweit sie in dieser jeweiligen Eigenschaft als Klägerin oder Beklagte beteiligt sind, was vorliegend der Fall ist.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-02-28